Review / Derleme

MEDICINE PALLIATIVE CARE

Article ID: 685812

J Med Palliat Care 2020; 1(1): 1-4

Hasta değerlendirmede hekimlik sanatı: semptoma multisistemik yaklaşım

The art of medicine in patient evaluation: multisystemic approach to symptom

Ömer Recep ÖZCÖMERT[1], Aydın ÇİFCİ[2]

[1]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kırıkkale, Türkiye
[2]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye

Cite this article as / Bu makaleye atıf için: Özcömert ÖR, Çifci A. Hasta değerlendirmede hekimlik sanatı: semptoma multisistemik yaklaşım. J Med Palliat Care 2020; 1(1): 1-4.

ÖZ

Tıp, çeşitli semptomların farklı disiplinlerden yararlanarak bir arada değerlendirilmesini gerektiren bir sanattır. İnsan vücudunun belirli durumlara karşı verdiği semptomlar, patolojinin bulunduğu organ sisteminin dışında başka sistemlerde de kendini gösterebilir. Hekimler, detaylı bir öykü ve iyi bir fizik muayene ile pek çok semptomun altında yatan patolojiyi saptayabilirler. Bu derlememizde belirli bir hastalığa özgün olmayıp, birçok hastalığın başlangıç döneminde ortaya çıkan ve bazen ileri incelemelerle tanı için ipucu olabilecek bazı semptomlardan bahsedilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Semptom, hekimlik sanatı, yaklaşım

ABSTRACT

Medicine is an art, which requires to evaluate various symptoms by utilizing different disciplines. Symptoms of the human body that given against particular situations, might also show up in the different system apart from the system that involves the pathology. Physicians can detect the underlying pathology by having detailed patient history and a good physical examination. In this review, some of the symptoms that are not specific to a particular disease but arise in the initial period of many diseases and which may sometimes be clues for diagnosis with further examinations are mentioned.

Keywords: Symptom, art of medicine, approach

GİRİŞ

İyi bir anamnez problemlerin çözümünde en önemli basamaktır. Anamnezde hastanın yaşı, cinsiyeti, yaptığı iş, kilolu olup olmaması, ek hastalıkları yaklaşımda çok önemlidir. Demir eksikliği anemisi genç bir bayanda ise menstrüasyonla kayıp düşünüp kolayca çözüme gidebilecekken; aynı şikayetle gelen kişi eğer erkekse olay çok komplike hale gelmekte ve daha detaylı bir araştırma gerektirmektedir. İyi bir anamnezle birlikte ayrıntılı bir fizik muayene hastalara yaklaşımda (tanı-tedavi planı) değerlendirmenin en önemli kısmıdır (1,2).

Tanı koyma ve tedavi planlamada anamnez, en önemli temel taşını oluşturmaktadır. Anamnez, semptomların belirlenmesiyle başlar. Her semptom önemli olmakla birlikte, bazı semptomlar hem birçok hastalıkta görülebildiği için hem de hastalığın prognozunu belirlemede yardımcı olduğu için dikkatle değerlendirmeyi gerektirmektedir. Bu semptomlar hastanın tanısal açıdan önceliğini, yapılan testlerde ne kadar risk alınabileceği hakkında da fikir verebilir. Bu bölümde belirli bir hastalığa özgün olmayıp, birçok hastalığın başlangıç döneminde ortaya çıkan ve bazen ileri incelemelerle tanı için ipucu olabilecek bazı semptomlardan bahsedilmiştir. Bu semptomların önemli bir kısmı temelde enfeksiyon hastalıkları, romatolojik-immünolojik hastalıklar, metabolik hastalıklar, malignite ve hematolojik hastalıklara işaret edebilir (2-4).

Corresponding Author / Sorumlu Yazar: Ömer Recep ÖZCÖMERT, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, 71450, Yahşihan, Kırıkkale, Türkiye
E-mail / E-posta: omerozcomert@gmail.com
Received / Geliş: 06.02.2020 **Accepted / Kabul:** 28.02.2020

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Tekrarlayan Ateş: Sık görülen ve özgün olmayan bir bulgudur. Akut ateşler daha çok enfeksiyon hastalıkları bulgusudur. Ancak sinsi ve tekrarlayıcı şekilde olan vücut sıcaklığı artışları inceleme gerektirmektedir . Bu konuda yandaş pozitif bulgular tanıya oldukça yardımcıdır. Döküntünün olması belirli viral/bakteriyel enfeksiyon etkenlerini veya kollajen-bağ doku hastalıklarını gösterebilir. Bruselloz, tüberküloz, enfektif endokardit gibi sinsi enfeksiyonlar göz önünde bulundurulmalıdır. Hastanın kolaylaştırıcı faktörleri, mesleği, aile öyküsü ilerlemede yardımcı olabilir. Bunun dışında kollajen-bağ doku hastalıkları miyaljiye benzer ateşle başlayabilmektedir. Muhakkak dikkat edilmesi gereken grup da malignitesi olan bireylerdir. Eşlik eden kilo kaybı, aile öyküsü, gece terlemesi, anemi uyandırıcı olabilir. Hem solid tümörler, hem de hematolojik maligniteler ve lenfoproliferatif hastalıklar ateşle gelebilir (2-4).

Artralji /Artrit: İlk değerlendirmede romatolojik hastalık akla getirse de eklem bulguları enfeksiyona bağlı/sekonder, metabolik hastalıklar, kansere bağlı paraneoplastik sendromlar şeklinde gelişebilir (2,3).

Miyalji: Viral enfeksiyonlar, fibromiyalji, ilaca bağlı kas hasarı (özellikle kolesterol düşürücü statin tedavisi kullananlarda ve beraberinde trigliserit düşürücü tedavi alıyorsa risk daha da artar), nörolojik hastalıklar (nöromüsküler distrofiler), bağ doku hastalıkları, hipotiroidizme bağlı miyopati gibi birçok durumda kas ağrıları olabilmektedir. Yandaş durumlar ve iyi bir anamnez ile tanıya yaklaşılabilir. Artralji/miyalji şikayeti olan kişilerde sistemik ve ciddi hastalıklar düşünmeden önce tedavi-takip-tedavi yanıtı izlemi stratejisi izlenebilir. Eğer şikayetler ısrarla devam ediyorsa (2-3 haftayı geçiyorsa) o zaman multisistemik hastalıklara yönelik ileri tetkikler düşünülmelidir (2,3).

Gece Terlemesi: Organik bir hastalığın habercisidir. Lenfoma gibi maligniteler, tüberküloz gibi kronik enfeksiyonlar, diyabet ve hipoglisemi gibi metabolik durumlarda, tiroid bozukluklarında gece terlemesi görülebilmektedir. Daha detaylı araştırmalara geçmeden önce kişiye bu şikayetinin ne kadar süredir olduğu sorulmalıdır. Aralıksız ve aylarca süren, şiddeti giderek artan gece terlemelerinin altında çoğunlukla organik bir rahatsızlık vardır. Eğer bazı günler olup, bazı günler olmuyorsa/çok uzun yıllardır bu şikayeti var ve artmamışsa organik bir rahatsızlık olma ihtimali azdır (3-5).

Yaygın Kaşıntı: Ciltte kuruluk, yaşlanmayla birlikte vücut suyunun ve su tüketiminin azalması gibi durumlara bağlı olabileceği gibi, parazitik enfestasyonlar, alerjik reaksiyonlar, çeşitli iltihabi dermatolojik hastalıklar ve lenfomalarda yaygın kaşıntı görülebilir. Özellikle ileri yaşlarda ve en sık ciltte kuruluk nedeniyle geliştiği, basit cilt nemlendirme yaklaşımları ile kolayca düzelebileceği her zaman akılda tutulmalıdır (3-5).

Göğüs Ağrısı: Polikliniklere bu şikayetlerle çok fazla hasta gelmektedir. Travma dışındaki göğüs ağrısı nedenleri; gastrointestinal hastalıklar (GÖRH), iskemik kalp hastalığı, göğüs duvarı hastalıkları, perikardit, plörit, pulmoner emboli, akciğer kanseri, aort anevrizması, aort darlığı, Herpes zoster enfeksiyonuna, psikojenik kökenlere bağlı olabilir. Hastanın semptomlarına ve diğer fizik muayene bulgularına göre özellikle kardiyovasküler acillerin atlanmaması (kardiyoloji ve acil kısmında detaylı bir şekilde anlatılmıştır) önemlidir. Göğüs ağrısı ile gelen kişilerde eforla ağrının artması, eforla nefes darlığı, DM, KAH vs. gibi risk faktörleri varsa kardiyak nedenleri ekarte etmeye yönelik yaklaşımlar ilk planda olmalı. Ama çoğunlukla göğüs ağrısının nedeni kas-eklem problemlerine (sıklıkla miyaljiye) bağlıdır (3,4).

Karın Ağrısı: Karın ağrısının başlangıç süresi, şekli, yayılımı ve karakteri tanıda önemlidir. Belki de en önemli nokta, hastanın cerrahi bir akut karın olup olmadığının ortaya konmasıdır. Akut karın için saatler önemli iken kronik ağrılar için ileri inceleme yapmak için zamana sahip olunabilir. Karın içindeki organların immünolojik veya başka nedenlerle iltihabı, obstrüksiyonları, enfeksiyonları, travmaları ve damar hastalıkları (özellikle mezenter iskemi ileri yaşı olan hastalarda her zaman akılda tutulmalı) ağrıya neden olabilir. Karın dışındaki organlardan özellikle kalple ilgili semptomların karında hissedilmesi yanıltıcı olabilir. Kalp yetmezliği, pnömoni, plörit gibi toraks patolojilerinin karın semptomlarına yol açabileceği unutulmamalıdır. Üremi, diyabet, porfiri gibi metabolik nedenler; intoksikasyonlar; zona vb. nörolojik hastalıklar da karın ağrısına yol açabilmektedir. Pek çok hasta bazen serin bir ortamda kalmak, karın bölgesinin yeterince muhafaza edilmemesi ve soğuğa maruz kalması gibi basit bir nedenden kaynaklanan karın ağrısı nedeniyle hekime gelmektedir. Bu durumu sorgulamadan hemen detaylı tetkiklere girişmemelidir (4-7).

Baş Dönmesi: Semptomun süresi, başlangıç şekli (akut, kronik) ve semptomu tetikleyen faktörler baş dönmesini periferik ve santral olarak sınıflanmasına yardımcı olur (8,9). Ayrıca baş dönmesine ek olarak işitme kaybı ve ek nörolojik semptomların araştırılması da önemlidir (10). Periferik nedenlere örnek olarak vestibüler nörit ve benign paroksismal pozisyonel vertigo (BPPV) sayılabilir. İlk bakışta hastanın duruşunu ve yürüyüşünü değerlendirmek gerekir. Vestibüler nöritli hastalar, yürürken etkilenen taraflarına düşme eğilimindedirler, işitmeleri normaldir. Ortostatik hipotansiyon, hastanın supin pozisyondayken ve ayağa kalktıktan sonraki 5. dakikadaki kan basınçlarının ölçülmesiyle dışlanabilir (10). BPPV tanısı ise Dix-Hallpike manevrası ile konulur (11). Yürüme yetisinin kaybı ise santral nedenler açısından bir kırmızı bayraktır (10). Santral nedenlere örnek olarak vestibüler migren ve serebrovasküler hastalıklar verilebilir. Santral nedenlerin vestibüler nöritten ayrımı için ise HINTS testi yapılabilir (10-12).

Nefes Darlığı: Hastanın solunum sayısı, oksijen satürasyonu ve vital bulguları değerlendirilmelidir. İnspeksiyonda retraksiyonların ve tripod pozisyonunun varlığı göze çarpabilir. Krepitasyonların varlığı, pnömotoraks açısından değerlidir. Oskültasyonda hırıltı, hışıltı, ral, ronküs varlığı ayırıcı tanıya gidebilmeyi sağlar. Nefes darlığına eşlik eden ateş, akla pnömoni, bronşiolit, tüberküloz, malignite getirebilir (13).

Baş Ağrısı: Çoğu zaman baş ağrılarının tanısı tamamıyla hastanın hikayesi ile konulur. Bunun dışında birkaç fizik muayene bulgusu, tanı için ipucu verebilir (14). Akut baş ağrısı ile gelen yetişkin bir hastada, durumun benign ya da tehlikeli bir nörolojik veya sistemik hastalığı işaret ettiğinin belirlenmesi önemlidir (15,16). Ani başlayıp hızlı pik yapan baş ağrısı, hızlı bir klinik değerlendirme gerektirir. Subaraknoid kanama, hipertansif aciller, vertebral arter diseksiyonu ve açık açılı glokom bu şekilde prezente olabilir (17).

Anoreksi-Kilo Kaybı: Kilo kaybının şiddeti ve süresi önemlidir. Kısa süreli bir kilo kaybı daha çok akut bir hastalığı işaret ederken; uzun süreli bir kayıp, altta yatan ciddi bir hastalıktan çok diğer uzun vadeli fizyolojik değişiklikleri gösterir (18). Altmış beş yaş üstü hastalarda istemsiz kilo kaybı artmış morbidite ve mortalite ile ilişkilendirilmiştir. En sık sebepler maligniteler, malign olmayan gastrointestinal hastalıklar ve psikiyatrik bozukluklardır. Toplamda, non-malign sebepler ile bu popülasyonda malignitelerden daha sık karşılaşılıyor. İlaç kullanımları ve polifarmasi, tat alma duyusunu etkileyebilir, bulantılara sebep olabilir, bu durum göz ardı edilmemelidir (19).

Dizüri: Tıbbi öykü, semptomun zamanlamasını, kalıcılığını, şiddetini, süresini ve noktasal olarak yerini içermelidir. İdrar başlangıcındaki ağrı, üretral bir patolojiyi; idrarın sonundaki ağrı ise genellikle mesane kökenli bir patolojiyi gösterir (20-22). Akut dizürinin en sık sebebi enfeksiyonlar, özellikle de sistittir. Diğer enfeksiyöz nedenler üretrit, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) ve vajinittir. Nonenfeksiyöz nedenler üriner traktta yabancı cisim ve dermatolojik nedenlerdir. Dizürinin noninflamatuvar sebepleri ilaç kullanımları, üretral anatomik anomaliler, lokal travma ve interstisyel sistit/mesane sendromudur. Öykü alınırken lokal sebeplere (örn. vajinal ve üretral irritasyon), komplike üriner sistem enfeksiyonu için risk faktörlerine (örn. erkek cinsiyet, gebelik, ürolojik obstrüksiyonların varlığı, geçirilmiş cerrahi prosedür) ve pyelonefrit semptomlarına da dikkat edilmelidir (23). Özellikle komplike idrar yolu enfeksiyonlarında, fizik muayene mutlaka vital bulguları, kostovertebral açı hassasiyetini, abdominal palpasyonda kitle veya hassasiyeti içermelidir. İnspeksiyonda dermatolojik bulgular ve akut eklem efüzyonları değerlendirilmelidir (24,25).

SONUÇ

Tıp, çeşitli semptomların farklı disiplinlerden yararlanarak bir arada değerlendirilmesini gerektiren bir sanattır. İnsan vücudunun belirli durumlara karşı verdiği reaksiyonlar ve buna ait semptomlar, patolojinin bulunduğu organ sisteminde veya vücudun başka sistemlerinde de kendini gösterebilir. Hekimler, detaylı bir öykü ve iyi bir fizik muayene ile pek çok hastalığın veya problemin nedenini saptayabilirler. Bu nedenle tanı koyma ve tedavi planlamada anamnez ve fizik muayene hastaya yaklaşımın en önemli temel taşlarını oluşturmaktadır.

ETİK BEYANLAR

Hakem Değerlendirme Süreci: Harici çift kör hakem değerlendirmesi.

Çıkar Çatışması Durumu: Yazarlar bu çalışmada herhangi bir çıkara dayalı ilişki olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışmada finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Yazar Katkıları: Yazarların tümü; makalenin tasarımına, yürütülmesine, analizine katıldığını ve son sürümünü onayladıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). JAMA 2016; 315: 801-10.
2. Helle L, Faurschou M, Baslund B. Vaskulit. Reumatologi. FADL's Forlag 2018: 252-71.
3. Kasper DL, Fauci AS. (eds). Harrison Principles of Internal Medicine 19/E, Vol 1, 2. 2015.
4. Sorgun MH, Işıkay CT, Cotur H, et al. Etiologic subtypes of acute multiple infarcts in more than one vascular territories. J Neurol Sci (Turkish) 2016; 33: 38-44.
5. Kisely SR, Campbell LA, Yelland MJ, Paydar A. Psychological interventions for symptomatic management of non-specific chest pain in patients with normal coronary anatomy. Cochrane Database of Systematic Reviews 6, (2015).
6. Cartwright SL, Knudson MP. Evaluation of acute abdominal pain in adults. Am Fam Physician 2008; 77: 971-78.
7. Forbes H, Watt E. Jarvis's physical examination and health assessment. Elsevier Health Sciences. (2015).
8. Muncie HL, Sirmans SM, James E. Dizziness: approach to evaluation and management. Am Fam Physician 2017; 95: 154-62.
9. Newman-Toker DE. Emergency neuro-otology: diagnosis and management of acute dizziness and vertigo, an issue of neurologic clinics, e-book, vol. 33. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2015.
10. Wipperman J. Dizziness and vertigo. Prim Care 2014; 41: 115-31.
11. Dix MR, Hallpike CS. The Pathology, Symptomatology and

Diagnosis of Certain Common Disorders of the Vestibular System. J R Soc Med 1952; 45: 341-54

12. Kattah JC, Talkad AV, Wang DZ, et al. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome. Stroke 2009; 40: 3504–10.
13. DeVos E, Jacobson L. Approach to Adult Patients with Acute Dyspnea. Emerg Med Clin North Am 2016; 34: 129-49.
14. Beithon J, Gallenberg M, Johnson K, et al. Diagnosis and treatment of headache, 11th ed. Institute for Clinical Systems Improvement. January 2013. Accessed March 17, 2013.
15. Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. Cephalalgia 2007; 27: 193-210.
16. Leroux E, Ducros A. Cluster headache. Orphanet J Rare Dis 2008; 3: 20.
17. Pascual J, González-Mandly A, Martín R, Oterino A. Headaches precipitated by cough, prolonged exercise or sexual activity: a prospective etiological and clinical study. J Headache Pain 2008; 9: 259-66.
18. Christopher J. Wong. Involuntary Weight Loss. Med Clin of North Am 2014; 3: 625-43.
19. Gaddey HL, Holder K. Unintentional weight loss in older adults. Am Fam Physician. 2014; 89: 718-22.
20. Gerber GS, Brendler CB. Evaluation of the urologic patient: history, physical examination, and urinalysis. In: Wein AJ, et al.; eds. Campbell-Walsh Urology. 10th ed. Philadelphia, Pa.: Elsevier Saunders; 2012:75-76.
21. Bremnor JD, Sadovsky R. Evaluation of dysuria in adults. Am Fam Physician 2002; 65: 1589-96.
22. Bent S, et al. Does this woman have an acute uncomplicated urinary tract infection? JAMA 2002; 287: 2701-10.
23. Michels TC, Sands JE. Dysuria: Evaluation and Differential Diagnosis in Adults. Am Fam Physician 2015; 92: 778-86.
24. Grady D. Clinical practice. Management of menopausal symptoms.N Engl J Med 2006; 355: 2338-47.
25. Sarma AV, Wei JT. Clinical practice. Benign prostatic hyperplasia and lower urinary tract symptoms. N Engl J Med 2012; 367: 248-57.